



unimed
PAULISTANA

Ficha de Movimentação Cadastral
Plano de Assistência Médica e Hospitalar
Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Atendimento ao Cliente Central 24 horas - Tel. (11) 3113-0800 - Fax. (11) 3115-2111

Utilize esta legenda para preenchimento dos campos indicados:

Estado Civil: **S** Solteiro **C** Casado **O** Outros Sexo: **F** Feminino **M** Masculino Parentesco: **01** Esposa **10** Filho **09** Esposo

02 Companheiro(a) **30** Filha **70** Agregados

Contratante _____ **Código** _____

1. Inclusão Titular / Dependente (s) 2. Inclusão Dependente 3. Inclusão de Agregado

01. Usuário Titular

Nome			Data de nascimento	Sexo	Est. Civil
Nome da Mãe do Usuário Titular					
Nome do responsável (caso o titular seja menor de 18 anos)			C.P.F.		
Endereço Residencial (Rua / Av.)			Nº	Apto.	Bloco
Complemento					
Bairro		CEP	Cidade		
(DDD) Telefone Residencial	(DDD) Telefone Celular	E-mail			

02. Usuários Dependentes / Agregados

Nome	Data de nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent.
01				
a) Nome da Mãe do Dependente 01				
C.P.F.				
Nome	Data de nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent.
02				
b) Nome da Mãe do Dependente 02				
C.P.F.				
Nome	Data de nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent.
03				
c) Nome da Mãe do Dependente 03				
C.P.F.				
Nome	Data de nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent.
04				
d) Nome da Mãe do Dependente 04				
C.P.F.				
Nome	Data de nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent.
05				
e) Nome da Mãe do Dependente 05				
C.P.F.				

03. Categoria de Plano

<input type="checkbox"/> Referência	<input type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Integral	<input type="checkbox"/> Supremo	Absoluto I <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Pleno	<input type="checkbox"/> Master		Absoluto II <input type="checkbox"/>
				Absoluto III <input type="checkbox"/>

Declaro que entre as opções de categoria de plano oferecidas, indico minha opção conforme especificado nas condições gerais do presente contrato as quais me foram apresentadas e tenho conhecimento.

Opta pela Cobertura Internacional: Sim Não (Cobertura não disponível para o plano Referência).

04. Local de Atendimento

05. Carência

Em se tratando de migração de outra operadora, informar os dados abaixo e anexar contrato, carteira e 3 (três) últimos recibos de pagamentos. Aproveitamento / redução de carências sujeito à aprovação e a critério da UNIMED PAULISTANA.

Empresa _____	Plano _____
Início _____/_____/_____	Fim _____/_____/_____
Para uso da UNIMED PAULISTANA	
Tempo de Plano _____ meses <input type="checkbox"/> Item Tabela de Redução	

_____/_____/_____
Data de Adesão

Assinatura do Responsável
pela empresa e carimbo

Assinatura do Titular
(Ou responsável caso o titular seja menor de 18 anos)



Atendimento ao Cliente - Central 24 horas
Tel: (11) 3113-0800 / Fax: (11) 3115-2111

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 1 - No preenchimento dessa Declaração de Saúde, o Proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- 2 - A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o Proponente tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- 3 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas 2 (duas) opções:
 - a) Cobertura Parcial Temporária - O Proponente não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. (item D da cláusula 12 do Contrato).
 - b) Agravo - Acréscimo no preço mensal do plano para que o Proponente tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.
- 4 - A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o Proponente saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o Proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PELO PROPONENTE DE PRÓPRIO PUNHO, SEM RASURAS, INDEPENDENTE DO AUXÍLIO DO MÉDICO ORIENTADOR.

" S " = SIM
" N " = NÃO

CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA ESPECIFIQUE NO QUADRO DESCRITIVO, NA PÁGINA SEGUINTE.

Item	Tem ou teve:	Dependentes					DE	PARA
		Titular	1	2	3	4		
201	Doenças do aparelho cardio-circulatório (pressão alta, angina, infarto, derrames, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
202	Doenças das veias ou artérias (varizes, trombozes, hemorróidas, aneurisma, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
203	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
204	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
205	Doenças do aparelho digestivo (esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
206	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
207	Doenças renais ou da bexiga (cálculos, infecções dos rins, nefrites, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
208	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis)? Especificar.						180 dias	720 dias
209	Doenças ginecológicas e das mamas (perineo, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
210	AIDS ou é portador do vírus HIV ? Especificar.						180 dias	720 dias
211	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
212	Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas ? Especificar.						180 dias	720 dias
213	Doenças reumáticas ou colagenoses (artrites, febre reumática, lupus, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
214	Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
215	Doenças da pele (psoríase, dermatites, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
216	Doenças infecto-contagiosas (hepatite, tuberculose, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
217	Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
218	Doenças ou mal formações congênitas ou hereditárias? Especificar.						180 dias	720 dias
219	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
220	Doenças dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, problemas de adenóide, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
221	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
222	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
223	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especificar.						180 dias	720 dias
224	Realiza ou realizou Quimioterapia, Braquiterapia ou Radioterapia? Especificar.						180 dias	720 dias
225	Possui marca-passo ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos, entre outras)? Especificar.						180 dias	720 dias
226	Já foi internado alguma vez ou foi submetido a alguma cirurgia ou tratamento não mencionado acima? Especificar.						180 dias	720 dias
227	Tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses?						180 dias	720 dias
228	Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado acima?						180 dias	720 dias
	Indique seu peso							
	Indique sua altura							

